

ARTÍCULO ESPECIAL

Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama durante la pandemia de SARS-Cov-2/COVID-19 en Colombia

Recommendations for the diagnosis, treatment and monitoring of breast cancer during the SARS-Cov-2/COVID-19 pandemic in Colombia

Fernando Herazo Maya^{a,b,c,d}, Ricardo Bruges Maya^e, Ana Lucia Hincapie Uribe^d, Ana María Carvajal Barrera^c, Aylen Vanessa Ospina Serrano^f, Carlos Alberto Restrepo Ramirez^d, Carolina Benavides Duque^g, Cesar Eduardo Alvarez^h, David Ignacio Gómez Duque^{i,j}, José Joaquín Caicedo Mallarino^k, Iván Andrés Bobadilla Arévalo^l, Jairo H. Patiño Pacheco^d, Javier Mauricio Cuello López^d, Johanna Paola Ibarra Palacio^a, John Jairo Sánchez Blando^m, Jorge Armando Egurrola Pedraza^j, Lina María Torres Vásquez^d, Luis Eduardo Viaña González^a, Luis Guzmán Abi-Saabⁿ, Luis José Palacios Fuenmayor^d, Luis Javier Gallon Villegas^c, Mauricio Lema Medinaⁱ, Michel Hernández Restrepo^o, Natalia Jaramillo Botero^p, Néstor Eduardo Llinás Quintero^c, Ray Antonio Manneh Kopp^q

Fecha de sometimiento: 3/04/2020, fecha de aceptación: 15/04/2020
Disponible en internet: 01/11/2020

<https://doi.org/10.35509/01239015.687>

Abstract

Under the new conditions generated by the COVID-19 pandemic, breast cancer treatments requires some reorientations and cares that are discussed in this article. The three phases of severity of the pandemic and the respective treatments they require -based on the guidelines issued by the Ministry of Health and Social Protection of Colombia- are considered here. It is a set of references to guide therapies and treatments, inspired by regional, national and institutional health policies.

Keywords: COVID-19 pandemic; Breast cancer, diagnosis, treatment and surgery; Health services, telemedicine .

Resumen

Bajo las nuevas condiciones generadas por la pandemia de COVID-19, los tratamientos para el cáncer de mama requieren algunas reorientaciones y cuidados que se exponen en este artículo. Se consideran aquí las tres fases de gravedad de la pandemia y los respectivos tratamientos que demandan en función de los lineamientos dictados por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Se trata de un conjunto de referencias para orientar las terapias y tratamientos, inspiradas en las políticas de salud regionales, nacionales e institucionales.

Palabras clave: Pandemia COVID-19; Cáncer de mama, diagnóstico, tratamiento y cirugía; servicios de salud, telemedicina.

- ^a Asociación Colombiana de Mastología (ACM), Colombia.
- ^b Asociación de Mastología de Antioquia (AMA), Medellín, Colombia.
- ^c Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida, Medellín, Colombia.
- ^d Instituto de Cancerología Clínica Las Américas, Medellín, Colombia.
- ^e Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO), Colombia.
- ^f Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.
- ^g EPS Sura, Medellín Colombia.
- ^h Clínica FOSCAL, Floridablanca, Colombia.
- ⁱ Instituto Neurológico de Colombia y del Centro de Radioterapia (CLINAC), Medellín, Colombia.
- ^j Clínica de Oncología Astorga, Medellín, Colombia.
- ^k Centro de Oncología, Clínica del Country, Bogotá, Colombia.
- ^l Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica ACRO, Colombia.
- ^m Centro Médico Imbanaco Cali, Cali, Colombia.
- ⁿ Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.
- ^o Grupo Imagen Mamaria, Asociación Colombiana de Radiología, Colombia.
- ^p Clínica Carlos Ardila Lülle, Bucaramanga, Colombia.
- ^q Sociedad de Oncología y Hematología del Cesar, Cesar, Colombia.

Autor para correspondencia: Fernando Herazo Maya, **Correo electrónico:** Herazo.onco@gmail.com

Introducción

La pandemia por COVID-19 ha producido una crisis extraordinaria en los servicios de salud, desafiando el manejo habitual de pacientes con enfermedades mamarias. Las siguientes recomendaciones tienen como objetivo principal determinar **esquemas de priorización temporal** en la ruta de atención de estas pacientes durante la pandemia por COVID-19 en Colombia.

Estas recomendaciones van dirigidas al personal médico y otros profesionales de la salud interesados en el manejo de pacientes con enfermedad mamaria, Instituciones Prestadoras de Servicios oncológicos e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Las recomendaciones emitidas se basan en las publicadas por el *American College of Surgeons (ACS)*¹ adaptadas con autorización de ACS por un grupo de expertos de ACM y AM². Se recibieron sugerencias de ajuste por representantes de ACHO, ACRO y ACR. Se agregan consideraciones derivadas de las guías NICE³.

Se plantearon tres fases de gravedad de la pandemia por Covid-19 en el territorio colombiano y recomendaciones para la realización de imágenes diagnósticas, consulta ambulatoria, cirugía, manejo sistémico y radioterapia, de acuerdo con las fases de gravedad. Las consideraciones sobre las tres fases de gravedad se adaptaron de las emitidas en las guías del ACS; al momento de la emisión del documento (3 de abril de 2020), de acuerdo con los reportes del Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano, se determinó “Situación de Fase I en la mayor parte del territorio Nacional”. Al momento de la actualización del documento (15 de junio de 2020) se determinó “Situación de fase II en la mayoría del territorio Nacional”, con algunas excepciones regionales que aún mantienen “Situación de Fase I”.

Estas recomendaciones no suprimen ni reemplazan el juicio médico individual, políticas de salud nacionales, regionales o institucionales. Pretenden estimular interdisciplinariedad y capacidad de adaptación; **y están sujetas a cambios y actualizaciones de acuerdo con nueva evidencia disponible con el comportamiento dinámico de la pandemia.**

Se determinó relevante resaltar que la cirugía mamaria, a grandes rasgos, se divide en cirugías oncológicas y no oncológicas. La minoría de las cirugías oncológicas mamarias suele requerir necesidad de

ingreso en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), por ello se generó especial énfasis en la restricción de cirugías reconstructivas (especialmente con colgajos microquirúrgicos) y el diferimiento (en lo posible) de la cirugía reconstructiva con colgajos músculo aponeuróticos o prótesis.

Fase I: Marco Semiurgente (Fase de preparación). Pocos pacientes con COVID-19, sin saturación de los recursos hospitalarios, capacidad disponible de ventiladores en la unidad de cuidado intensivo y sin trayectoria de fase de rápido escalamiento de COVID-19.

Recomendaciones de Fase I

a) Estudios imagenológicos:

- i. Se recomienda realizar imágenes y biopsias en casos de diagnóstico imagenológico para síntomas mamarios sospechosos o BIRADS 4-5.
- ii. Se recomienda mantener la prestación de mamografía clínica o diagnóstica durante esta fase.
- iii. Se recomienda diferir estudios diagnósticos imagenológicos en los siguientes casos:
 1. Estudios de tamización que pueden ser aplazados hasta la resolución de la pandemia. Retrasar estas mamografías de 6 a 12 meses probablemente no tendrá impacto en la supervivencia global.
 2. Tamización anormal por mamografía que pueda ir a intervalos imagenológicos de 6 meses.
 3. Estudios de tamización con resonancia nuclear magnética mamaria o seguimiento con ultrasonido.

b) Consulta ambulatoria:

Se podrán atender pacientes, previa evaluación de triage institucional, descartando síntomas respiratorios sospechosos con un solo acompañante (o ninguno) durante la cita.

- i. Se considera viable la evaluación presencial de pacientes en consulta con:
 1. Diagnóstico reciente de carcinoma de mama (invasor o in situ).
 2. Controles post-operatorios.

ii. Se recomienda posponer la consulta hasta alcanzar condiciones más seguras por la pandemia, o realizar evaluación por telemedicina previo consentimiento de la paciente y dejando registro en la historia clínica de las recomendaciones y decisiones tomadas, en los siguientes casos:

- a. Diagnóstico reciente de atipias mamarias.
- b. Pacientes con alto riesgo heredo-familiar.
- c. Pacientes conocidos en consulta de seguimiento y con síntomas atribuibles a la terapia anticancerosa, médica o quirúrgica.
- d. pacientes sanas y visitas de seguimiento de pacientes con alteraciones mamarias benignas (se incluyen hiperplasias atípicas y otras lesiones benignas).

iii. Se recomienda definir por (o conjuntamente con) oncología clínica:

1. Manejo de quimioterapia neoadyuvante y adyuvante para carcinomas de mama triple negativo y/o HER2 positivo, así como la terapia de mantenimiento anti HER2, priorizando los casos en los que el manejo curativo implique alta posibilidad de éxito (>50%).³
2. Definir continuidad o modificaciones de tratamiento sistémico citotóxico previamente iniciado.
3. Continuación de terapia endocrina adyuvante.
4. Ajuste de tratamiento sistémico neoadyuvante en pacientes con aplazamiento de manejo quirúrgico, según factores de riesgo de la neoplasia y comorbilidades individuales.

c) Cirugía:

i. La cirugía se limitará a pacientes que tengan riesgo de alteración de la supervivencia si no se realiza en los siguientes tres meses. **Se consideran candidatos a cirugía en la fase I, pacientes con:**

1. Carcinoma de mama que han completado tratamiento con quimioterapia neoadyuvante.
2. Tumores T2 y/o N1, hormonossensibles y con HER2 negativo, no orientadas a terapia sistémica neoadyuvante.

3. Tumores malignos triple negativos o HER2 positivo, no candidatas a terapia sistémica neoadyuvante.
4. Biopsias discordantes con alta sospecha de malignidad.
5. Lesión recurrente loco-regional en progresión y sin opción de manejo sistémico prequirúrgico.

ii. **Se recomienda diferir las siguientes cirugías,** hasta determinar condiciones institucionales, regionales o nacionales de mayor seguridad por la pandemia:

1. Reconstrucción mamaria.
2. Escisión de lesiones benignas mamarias: nódulos, fibroadenomas, ducto mamario, etc.
3. Biopsias discordantes probablemente benignas.
4. Lesiones de alto riesgo (atipias, papilomas, etc.).
5. Cirugía mamaria reductora de riesgo.
6. Cirugía diferida para biopsia de ganglio centinela, por carcinoma detectado en biopsia escisional de la mama.
7. Carcinoma ductal in situ (DCIS), con receptores hormonales positivos o negativos.
8. Re-escisión de márgenes de cirugía mamaria.
9. Tumores malignos que estén respondiendo a terapia endocrina neoadyuvante.
10. Tumores estadio I, receptores de estrógeno (RE) positivos y/o receptores de progesterona (RP) positivos, HER2 negativo, que puedan idealmente recibir terapia endocrina, determinado en junta interdisciplinaria.
11. Cirugía paliativa en tumores mamarios estadio IV.

d) Radioterapia:

i. Considerar, con los grupos institucionales de radioterapia, alternativas de hipofraccionamiento, hipofraccionamiento extremo, retraso en el inicio u omisión de radioterapia, de acuerdo con indicaciones basadas en la evidencia. Se deberán tener en cuenta la experiencia de cada grupo y los recursos técnico-científicos

individuales, dado que no son homogéneos en el territorio nacional.

- ii. Masa mamaria sangrante o dolorosa, inoperable.
- iii. Terminación de tratamiento con radioterapia iniciada.
- iv. Síndrome compresivo de columna, metástasis cerebrales u otras lesiones metastásicas críticas que pongan en riesgo la vida del paciente.

Fase II: Marco urgente. Muchos pacientes con COVID-19, unidades de cuidado intensivo y ventiladores con capacidad limitada. Salas de cirugía con suministros limitados.

Recomendaciones de Fase II

a) Estudios imagenológicos:

Se recomienda la realización de imágenes y biopsias en casos de diagnóstico imagenológico para síntomas mamarios sospechosos o BIRADS 4-5.

b) Consulta ambulatoria:

- i. Se sugiere atender pacientes con diagnóstico reciente de carcinoma invasor, previa evaluación de triage institucional descartando síntomas respiratorios sospechosos, con un solo acompañante (o ninguno) durante la cita.
- ii. Se recomienda posponer la consulta ambulatoria hasta alcanzar condiciones más seguras por la pandemia, o realizar evaluación por telemedicina previo consentimiento de la paciente y dejando registro en la historia clínica de las recomendaciones y decisiones tomadas, en los siguientes casos:
 1. Pacientes con diagnóstico reciente de carcinoma de mama no invasor (in situ).
 2. Pacientes post-operatorios sin drenaje y sin declaración de síntomas sospechosos de complicación en triage institucional.
 3. Pacientes conocidos, con problemas nuevos o síntomas relacionados con la terapia.
 1. Pacientes de alto riesgo (BRCA positivo, atipias, etc.).

c) Cirugía:

- i. La cirugía debe limitarse a pacientes que tengan riesgo de alteración de la supervivencia si no se realiza en el lapso de pocos días. Se

consideran candidatos a cirugía en la fase II, pacientes que requieran:

1. Drenaje de absceso mamario/axilar o evacuación de hematoma.
2. Revisión de colgajos quirúrgicos o reconstrucción autóloga por isquemia o necrosis.
3. Tratamiento del cáncer de mama operable recién diagnosticado, sin opción de manejo neoadyuvante, con alguno de los siguientes procedimientos:
 - (a) Cirugía conservadora: requiere determinación de disponibilidad de radioterapia y consideración de riesgo mayor por visitas repetidas a la unidad de radioterapia; o por retraso en caso de requerirse cirugía adicional (v.g. rescisión por márgenes positivos).
 - (b) Mastectomía: representa un abordaje con menor probabilidad de reintervención por márgenes comprometidos o de necesidad de radioterapia en estadios tempranos. No se recomienda realizar concomitantemente con reconstrucción inmediata.
 - (c) La biopsia de ganglio centinela con radiocoloides puede ser de difícil realización por deficiencia de insumos durante la pandemia. En tal caso, se recomienda realizar con colorantes vitales (en caso de disponibilidad y experticia) o vaciamiento axilar (nivel I en axila clínicamente negativa).
 - (d) La reconstrucción mamaria debe diferirse.
- ii. Algunos pacientes con estadio clínico T2 o N1, con reporte de biopsia que sugiere subtipo molecular luminal, deben ser revisados con oncología clínica para decidir tipo de manejo neoadyuvante: terapia endocrina vs. quimioterapia citotóxica, según las características y factores de riesgo en cada caso.
- iii. Pacientes con tumores triple negativos y/o HER2 positivos, de acuerdo con consideraciones institucionales pueden manejarse con cirugía o iniciar quimioterapia preoperatoria. Esta decisión dependerá de los recursos institucionales, la situación regional de salud pública derivada de la pandemia y las preferencias del paciente.

- iv. Considerar diferir el inicio de agentes antiresortivos intravenosos o reemplazar por medicamentos orales.
- v. Se considera fundamental crear la Junta Virtual de Decisiones para presentación de los casos que requieran análisis multidisciplinario y toma de decisiones prioritarias.

d) Radioterapia:

- i. Considerar, con los grupos institucionales de radioterapia, alternativas de hipofraccionamiento, hipofraccionamiento extremo, retraso en el inicio u omisión de radioterapia, de acuerdo con indicaciones basadas en la evidencia. Se deberán tener en cuenta la experticia de cada grupo y los recursos técnico-científicos individuales, dado que no son homogéneos en el territorio nacional.
- ii. Masa mamaria sangrante o dolorosa, inoperable.
- iii. Terminación de tratamiento con radioterapia iniciada.
- iv. Síndrome compresivo de columna, metástasis cerebrales u otras lesiones metastásicas críticas que pongan en riesgo la vida del paciente.

Fase III: Todos los recursos hospitalarios enrutados a pacientes con COVID-19. Sin disponibilidad de unidad de cuidado intensivo o ventiladores, salas de cirugía sin suministros, pacientes en quienes la muerte es probable en horas si la cirugía es diferida.

Recomendaciones de Fase III

a) Estudios imagenológicos: Ninguno.

b) Consulta ambulatoria:

- i. Pacientes con diagnóstico reciente de carcinoma de mama invasor a orientación por telemedicina.
- ii. Se sugiere evaluar presencialmente solo a pacientes con declaración de síntomas relacionados con terapias recientes realizadas dentro del manejo de cáncer de mama, que impliquen dudas sobre su estado general y que tengan menor riesgo de asistir a consulta que a urgencia hospitalaria. Lo ideal será asistencia por telemedicina.
- iii. En este escenario, la recomendación de aplazar el inicio de tratamientos con quimioterapia citotóxica dependerá de la situación específica regional de cada centro oncológico según las

consecuencias derivadas de la pandemia en cada Institución o región, para la atención de los pacientes.

- iv. Considerar diferir el inicio de agentes antiresortivos intravenosos o reemplazar por medicamentos orales.
- v. Se debe disponer de consulta por telemedicina para seguimiento de pacientes que estén recibiendo terapia sistémica oncológica.
- vi. Se recomienda definir por (o conjuntamente con) oncología clínica:
 1. El inicio de tratamiento con quimioterapia citotóxica neoadyuvante o adyuvante, que se definirá según evaluación de riesgo/beneficio en cada paciente, comorbilidades y factores de riesgo de la neoplasia.
 2. Continuidad o modificaciones de tratamiento sistémico citotóxico previamente iniciado.
 3. El seguimiento de pacientes que reciben tratamiento endocrino adyuvante para realizar a través de teleconsulta.
 4. Ajuste de tratamiento sistémico oncológico neoadyuvante en pacientes con aplazamiento de manejo quirúrgico, según factores de riesgo de la neoplasia y comorbilidades.
 5. Se considera fundamental crear la Junta Virtual de Decisiones para presentación de los casos que requieran análisis multidisciplinario y toma de decisiones prioritarias.

c) Cirugía:

- i. La cirugía debe limitarse a pacientes que tengan riesgo de alteración de la supervivencia si no se realiza dentro de las horas siguientes. Se consideran candidatos a cirugía en la fase III, pacientes con:
 1. Inestabilidad clínica por absceso mamario/axilar o hematoma.
 2. Revisión de colgajos quirúrgicos o reconstrucción autóloga por isquemia o necrosis.
- ii. La cirugía mamaria de cáncer recién diagnosticado y las reconstrucciones mamarias deberán diferirse.

d) Radioterapia:

- i. Considerar, con los grupos institucionales de radioterapia, alternativas de hipofraccionamiento, hipofraccionamiento extremo, retraso en el inicio u omisión de radioterapia, de acuerdo

con indicaciones basadas en la evidencia. Se deberán tener en cuenta la experticia de cada grupo y los recursos técnico-científicos individuales, dado que no son homogéneos en el territorio nacional.

- v. Masa mamaria sangrante o dolorosa, inoperable.
- vi. Terminación de tratamiento con radioterapia iniciada.
- vii. Síndrome compresivo de columna, metástasis cerebrales u otras lesiones metastásicas críticas que pongan en riesgo la vida del paciente.

Coordinador y autor correspondiente:

Fernando Herazo-Maya, MD. MSc.
Asociación Colombiana de Mastología (ACM) y
Asociación de Mastología de Antioquia (AMA). Email:
herazo.onco@gmail.com

Expertos metodológicos:

Fernando Herazo-Maya, MD. MSc, Coordinador.
Jorge Egurrola. MD. MSc. Candidato PhD.

Panel de expertos colaboradores:

Luis F. Viaña, Presidente ACM.
Fernando Herazo-Maya, ACM. Presidente AMA.
Mauricio Lema, ACHO, ACM, Junta Directiva AMA.
Aylen Vanessa Ospina Serrano, Junta Directiva ACHO.
Iván Bobadilla, Presidente ACRO.
Carlos Alberto Vargas, ACHO.
Jairo Patiño, ACR.
Ricardo Brugés, ACHO, Junta Directiva ACM.
Ray Manneh, ACHO.
Javier Cuello, ACHO.
Néstor Llinás, ACHO, AMA.
César Álvarez, ACM.
Luis Guzmán, ACM.
John Sánchez, ACM.
José J. Caicedo, ACM.
Johanna Ibarra, ACM.
Luis Palacios, ACM, AMA.
Carlos Restrepo, ACM, AMA.
Lina Torres, ACM, AMA.
Luis Gallón, AMA.
Ana M. Carvajal, ACM, AMA.
Carolina Benavides, AMA.
Carlos Ossa, ACM.
Aurelio Angulo, ACRO.

David Gómez, ACRO, AMA.
Beatriz Adrada, ACR.
Natalia Jaramillo, ACR.
Ana L. Hincapié, ACR.
Michel Hernández, ACR.
Ricardo Rodríguez, ACR.

Avalan:

Asociación Colombiana de Mastología
Asociación de Mastología de Antioquia
Asociación Colombiana de Hemato-Oncología
Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica
Asociación Colombiana de Radiología

Referencias

1. Recommendations for Priorization, Treatment and Triage of Breast Cancer Patients During the Covid-19 Pandemic: Executive Summary. Version 1.0. The Covid-19 Pandemic Breast Cancer Consortium. March 24, 2020. Consultado en fecha 26 de marzo de 2020 en: <https://www.facs.org/quality-programs/cancer/executive-summary>
2. Comunicación personal Dra. Jill Dietz. Autor correspondiente de The Covid-19 Pandemic Breast Cancer Consortium. Presidente de The American Society of Breast Surgeons. Autor correspondiente de “COVID-19 Guidelines for Triage of Breast Cancer Patients. Version 1.0.”
3. COVID19 Rapid Guideline: Delivery of Systemic Anticancer Treatments. Nice Guideline [NG161] Last Updated: 27-april-2020. Consultado en fecha 15 de junio de 2020 en <https://www.nice.org.uk/guidance/ng161>
4. Reportes del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia. Consultado en fecha 15 de junio de 2020 en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx/proteccionsocial/financiamiento/paginas/Todos-debemos-ser-conscientes-de-los-riesgos-y-no-relajarnos.aspx>.